

Fig. 1. Radial explants require more attempts at suturing

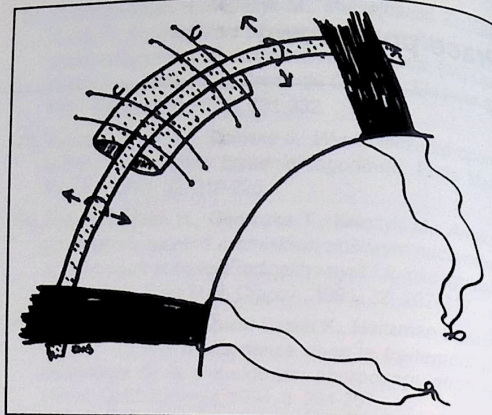


Fig. 2. Buckle can be moved sideways to the correct meridian. The band can be moved antero-posteriorly taking the buckle with it to the correct contour line

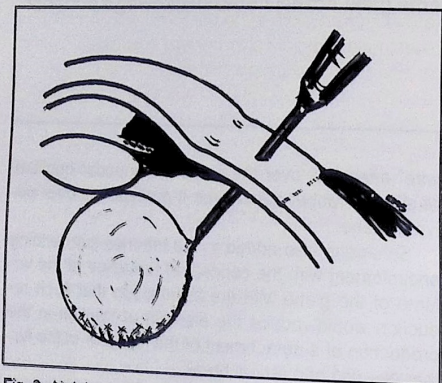


Fig. 3. Air injected into the vitreous through the pars plana

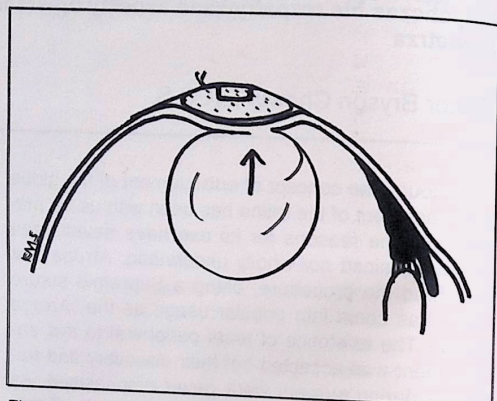


Fig. 4. Air seals the tear with surface tension

infrequently so thin that it cannot bear the weight of these tension sutures and even more frequently cannot tolerate frequent repositioning of such sutures.

This paper seeks to demonstrate that one of the major uses of the encircling band is to allow the placement of a buckle where it is needed over a retinal break but to keep it in position with sutures remote from that break and in thicker sclera of the surgeon's choosing.

A guttered explant is placed over the break and tension sutures applied on a meridian running from the disc to the ora serrata. These tension sutures need to be placed only once and should be placed wide of the edges of the explant allowing two or so millimetres on either side. Should the initial selection of position be inaccurate then this buckle is capable of movement in two directions without any need to alter the position of the initial tension sutures.

If the meridian should be wrong then the buckle may be slid sideways from one clock hour to another. Should the contour line be wrong (in other words the break lie either anterior or posterior to the buckle) then this buckle may be slid backwards or forwards within the limits set by the initial and unchanged tension sutures. The final position of the buckle can then be established simply by placing

a light suture to hold the encircling band which in turn holds the buckle.

Should these redundant folds in the retina develop and indeed they do not develop as often as used to be stated, they may be dealt with by an injection of air into the vitreal cavity. This air seals the break by surface tension bringing its edges against the area of cryopexy and will hold it there long enough to allow the inflammatory reaction to develop into a permanent watertight scar. Used in this way these two manoeuvres will not only make the surgery of detached retina more simple, it will make it safer with a considerably reduced risk of scleral and retinal perforation and of relapsed retinal detachment.

References

1. Dellaporta A.: Scleral buckling operation with insertion of chromic catgut. *Am. J. Ophthalm.*, 1957, 44, 773-776.
2. Jess A.: Temporäre Skleraleindeklung als Hilfsmittel bei der Operation der Netzhautablösung. *Klin. Mon. Aug.* 1937, 99, 318-319.
3. Schepens C.L., Okamura I.D., Brockhurst R.J.: The scleral buckling procedures. *Arch. Ophthalm.*, 1957, 58, 797-811.

Praca wpłynęła do Redakcji 3 sierpnia 1995 r. (358)

Prace historyczne

Zarys historii uniwersytetu, nauk medycznych i okulistyki we Wrocławiu

Outline History of University, Medical Sciences and Ophthalmology in Wrocław

Maria Hanna Nizankowska

Głębokie jest znaczenie historii. Poznając ją mamy poczucie wspólnej przynależności i wspólnego dziedzictwa. Wyciągając właściwe wnioski z jej biegu utrwalamy się w przekonaniu, że patriotyzm winien być pozbawiony wszelkich cech nacjonalizmu przez szacunek dla dokonań pokoleń ludzi przynależnych do różnych narodów, które to dokonania warunkują naszą terażniejszość. Jakaż inna historia, niż historia nauki, lepiej nas tego uczy?

Aby jednak ta wielka, syntetyczna Historia, obejmująca wielkie zbiorowości i rozległe okresy, mogła być jak najbliższa prawdy, winniśmy utrwalac fakty tworzące historię mniejszych zbiorowości i odcinków czasowych.

Jest także jeszcze inna, dodatkowa wartość syntezy faktów z przeszłości – bardziej subiektywna. W społeczności uczelnianej czy malej jej częścce, jaką stanowią zespoły poszczególnych jednostek, czujemy się mocniej osadzeni, gdy wiemy, gdzie tkwią nasze korzenie. Znajomość przeszłości to uświadomienie sobie przynależności do wspólnego pnia, z którym się identyfikujemy – a przez to samo integrujemy.

Ten region Europy, w którym się znajdujemy, miał bogatą historię polityczną i odcisnęło się na nim piętno panowania różnych monarchii. A jak toczyły się losy uniwersytetu na tych ziemiach?

Wprawdzie pierwszy dokument fundacyjny uczelni wyższej we Wrocławiu został wydany już w dniu 20

lipca 1505 roku przez Władysława Jagiellończyka II – króla czesko-węgierskiego, to jednak protestacyjny memoriał profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego wystosowany do papieża Juliusza II spowodował, iż nie doszło wtedy do jego otwarcia. Taki miała podówczas wpływ na lokalne przedsięwzięcia „wspólna Europa”.

Dopiero dwieście lat później, 15 listopada 1702 roku cesarz Niemiec, Austrii i Czech Leopold I podniósł do rangi uniwersytetu działającą we Wrocławiu od kilkudziesięciu lat Akademię Jezuicką (Breslauer Jesuiten-hochschule) nadając jej nazwę Caesarea Regiaque Universitas Leopoldina Societatis Wratislaviensis. Była to wówczas jedynie dwuwyziałowa uczelnia teologiczna.

Po dalszych stu latach, 24 kwietnia 1811 roku, decyzją króla Prus Fryderyka Wilhelma III, dwie nadod-rzańskie uczelnie – „Viadrina” we Frankfurcie i „Leopoldina” we Wrocławiu stworzyły jeden pełnowydzia-łowy uniwersytet – Universitas Wratislaviensis, któremu w stulecie istnienia, a więc w roku 1911, nadano nazwę Śląskiego Uniwersytetu Fryderyka Wilhelma (Schlesische Friedrich-Wilhelms-Universität).

Na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wrocławskiego działali tacy znakomici uczeni, jak np. Jan Ewange-lista Purkyně, histolog i fizjolog, twórca fizjologii jako odrębnej nauki, zajmujący się także fizjologią oka i widzenia, odkrywca znaczenia linii papilarnych, a ponadto założyciel Towarzystwa Literacko-Słowiańskiego we Wrocławiu. Jan Mikulicz-Radecki – kierownik Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, a następnie w Królewcu, w latach 1890-1905 kierował wrocławską kliniką chirurgiczną. Albert Neisser – twórca współczesnej dermatologii i wenerologii – odkrywca dwoinek rzeżączki i współtwórca (z Waesermanem i Bruckiem) odczynów serologicznych w klie, pod koniec XIX w. kierował budową gmachu obecnej Kliniki Dermatologicznej.

Na Uniwersytecie Wrocławskim pracowali też: mikrobiolog Richard Pfeiffer, neurolog Karol Wernic-

Z Katedry i Kliniki AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. Maria Hanna Nizankowska

Referat wygłoszony na Sesji Historycznej 150. Jubileuszowego Zjazdu Dolnośląskiego Oddziału PTO zorganizowanego w dniach 21-22 października 1995 r. na 50-lecie Nauki Polskiej we Wrocławiu

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Prof. dr hab. Maria Hanna Nizankowska
ul. Agrestowa 87
53-006 Wrocław

ke i Alois Alzheimer, a od 1921 r. również twórca neurochirurgii, późniejszy osobisty lekarz Lenina – Olfred Förster. Do tych nazwisk trzeba dodać jeszcze noblistę z roku 1908 r. – nagrodzonego za zastosowanie arsenobenzenu w leczeniu kły, Paula Ehrlicha.

Robert Koch, starający się o pracę na Uniwersytecie we Wrocławiu jako 33-letni „fizyk okręgowy” tutej w Wolsztynie w Wielkim Księstwie Poznańskim – już wtedy odkrywca laseczek wąglika i pałeczek cholery – nie zdołał się tu bowiem zatrudnić. A zatem Nobel z roku 1905, który nadano mu przede wszystkim za odkrycie prądku gruźlicy, nie uświetnił imienia uczelni wrocławskiej. Natomiast imię Roberta Kocha zostało nadane ulicy, na której znajduje się obecny gmach Kliniki Okulistycznej. Niestety, w powojennym amoku przemianowywania, ta historyczna nazwa ulicy została zmieniona.

A jak przedstawiają się początki wrocławskiej okulistyki?

Królewska Klinika Oczna powstała we Wrocławiu w roku 1876 pod kierunkiem Richarda Förstera. Jego uczniami i doktorantami byli m.in. Polacy: Jan Pietrz, Adolf Sturm, Ignacy Łasiński. Studiował u niego także Bolesław Wicherkiewicz, późniejszy profesor okulistyki na Uniwersytecie Jagiellońskim.

To właśnie prof. Richard Förster zainicjował i prowadził budowę obecnego gmachu Kliniki Okulistycznej, ale w roku 1899, w którym został on przekazany do użytkowania, Förster był już na emeryturze, a Katedrą i Kliniką kierował prof. Wilhelm Uththoff. O ile nazwisko Förstera kojarzy się nam z pierwszym perymetrem łukowym, protoplastą perymetru Mariotta, to nazwisko Uththoffa związane jest z pracami nad okulistycznymi objawami stwardnienia rozsianego i tzw. symptomami Uththoffa.

W tejże Klinice z Uththoffem współpracowali profesorowie A. Groenouw i Hermann Cohn, a inni uczniowie szkoły wrocławskiej – Axenfeld, Heine i Lenz pracowali w katedrach innych uniwersytetów niemieckich.

W roku 1923 Katedrę Okulistyki we Wrocławiu otrzymał Alfred Bielschowsky – urodzony w Namysłowie. Do Wrocławia – podobnie jak Uththoff – przybył on z Marburga, gdzie habilitował się w 1900 roku. Naukowo zajmujący się widzeniem przestrzennym i strabologią, pozostał w pamięci potomnych przede wszystkim jako chirurg i autor dotąd stosowanych metod chirurgicznych w operacjach zezów i opadnięcia górnej powieki.

Ostatnim kierownikiem Katedry i Kliniki, od roku 1934 do 1945, był Walter Dieter, wcześniej fizjolog, który pracował kolejno w Tübingen, Berlinie, a następnie w Klinice Okulistycznej prof. Haertia w Lipsku. Naukowo zajmował się głównie fizjologią układu optycznego oka i wegetatywnym unerwieniem narządów wzroku.

Listę wielkich osobowości powojennej historii naszej uczelni, która została powołana w roku 1945 jako Wrocławski Uniwersytet i Politechnika, z którego w 1950 r. wyłoniono Akademię Lekarską, przemianowaną wkrótce na Akademię Medyczną, otwiera bez wątpienia nazwisko Ludwika Hirszfelda, pierwszego dziekana Wydziału Lekarskiego. Już wtedy sławny

mikrobiolog i serolog, twórca podstaw nauki o grupach krwi, który także wyhodował i opisał pałeczkę duru rzekomego C, po wojnie pracował z żoną, pediatrą – prof. Hanną Hirszfeldową, nad zapobieganiem skutkom konfliktu serologicznego u noworodków. Wprowadził pojęcie ciąży heteroswoistej. Był też twórcą Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu.

Prof. Hugo Kowarzyk, wywodzący się z Uniwersytetu Jagiellońskiego, autor nowatorskich badań nad krzepliwością krwi oraz wektokardiografią przestrzenną, był uczonym o wielkim autorytecie międzynarodowym.

Prof. Wiktor Bross, przed wojną pionier polskiej torakochirurgii na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie, po wojnie twórca wrocławskiej szkoły torakochirurgii, w roku 1958 przeprowadził pierwszą w Polsce operację na otwartym sercu, a w roku 1966 pierwsze w Polsce przeszczepienie nerki od żywego dawcy.

Na Uniwersytecie natomiast jeden z pierwszych wykładów w roku 1945 wygłosił wielki matematyk prof. Hugo Steinhaus, absolwent Uniwersytetu we Lwowie i w Getyndze, a od roku 1920 profesor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Wspólnie z prof. Stefanem Banachem był on twórcą lwowskiej szkoły matematycznej, a po wojnie – uznanej w świecie matematycznej szkoły wrocławskiej.

Powojenna Katedra i Klinika Okulistyki we Wrocławiu nie wywodzi się – jak większość katedr Akademii Medycznej – z pnia lwowskiego. Kierownik Kliniki Ocznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie – prof. Bednarski (autor wydanej w 1928 r. „Historii okulistyki w Polsce”) został zamordowany w czasie II wojny światowej. Klinika Wrocławska wyrosła więc – jak z żebra Adama – ze szkoły poznańskiej. Doc. dr hab. Witold Juliusz Kapuściński przywiózł ze sobą z Kliniki swego Ojca – prof. Witolda Kapuścińskiego sen. – 2 lekarzy: Jabłońskiego i Łuczaka oraz laboranta Szczepana Spodzieję.

Jednakże już troje innych lekarzy wywodziło się ze Lwowa. Byli nimi: Maria Biedrońska, Bernard Perrek i Stanisława Drozdowska. Obecny gmach Kliniki mieścił nie tylko oddział szpitalny i jedyną w mieście przychodnię okulistyczną, ale i mieszkania lekarzy, a także rodziny prof. Bednarskiego.

Jesienią 1945 roku sceneria Wrocławia była ponura i groźna – w pobliżu Kliniki wielka przestrzeń wyburzonego pod lotnisko obecnego placu Grunwaldzkiego, naokoło piętrzące się góry gruzów.

Już jednak w 1946 roku pierwsze prace z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu Wrocławskiego zostały ogłoszone na inauguracyjnym po wojnie – XIX Zjeździe Towarzystwa Okulistów Polskich w Warszawie.

Dwa lata później – w roku 1948 – XX Ogólnokrajowy Zjazd Towarzystwa Okulistów Polskich został zorganizowany we Wrocławiu. Wiodącą tematyką badań w tych latach – wówczas gdy immunologia we współczesnym rozumieniu tej nauki jeszcze nie istniała – stały się problemy mechanizmów zapalnych i obronnych oka.

Zespół lekarski Kliniki wzbogacił się wkrótce o następnych lekarzy – rozpoczyna tu pracę Eugenia Ogielska, która w r. 1950 w nowo powstałej wrocławskiej

Akademii Medycznej otrzymała dyplom lekarza oznaczony liczbą porządkową 1.

Rozpoczęli tu też pracę inni lekarze – Alojzy Fabian, Alfred Huszcza, Stanisław Wrubel, Jan Janiec, Julia Pacyńska, Halina Jaguzańska, Roman Rudobielski, Zofia Kuczyńska, Krystyna Januszkiewicz, Irena Woźniakowa, Teodozja Sierosławska, Jan Krudysz, Feliks Manna, Władysław Kotania, Zofia Sikorska i jako jeden ze stypendystów Ministerstwa Zdrowia – Piotr Hańczyc.

Należy podkreślić, że aż siedem osób z zatrudnionych w tym pionierskim okresie, osiągnęło później status profesora. Znaczna część pozostałych stworzyła natomiast i prowadziła przez całe lata własne oddziały okulistyczne.

Już od roku 1950 prof. W.J. Kapuściński, który zawsze silnie związany był intelektualnie i emocjonalnie z Francją i francuską okulistyką, brał czynny udział w dorocznych kongresach Société Française d’Ophthalmologie, umożliwiając również już w latach 50. wyjazdy na staże naukowe swoim uczniom i współpracownikom.

W pierwszym dziesięcioleciu istnienia Katedry najbardziej efektywne badania prowadzone były nad dynamiką zmian komórkowych i biochemicznych cieczy wodnistej oka pod wpływem terapii bodźcowej. Opracowano tzw. cytogram dynamiczny na podstawie indeksu komórkowego Ogielskiej. Badania te były przedstawione w r. 1956 na międzynarodowym sympozjum w Monachium.

Zarówno w tym czasie, jak i później w latach 60. i 70., zainteresowania badawcze zespołu były niezwykle żywe. Nie sposób wymienić tu szczegółowo tematyki badań zespołu Kliniki Wrocławskiej tamtych czasów. Jeśli jednak przyjąć jako kryterium liczbę publikacji, a przede wszystkim doktoratów i habilitacji, które dotyczą wspólnych grup tematycznych, to można wyłonić 3 najważniejsze grupy.

I. Zagadnienia mechanizmów zapalnych błony naczyniowej, zagadnienia immunologiczne w przeszczepach rogówki i leczenie bodźcowe w chorobach oczu w latach 1948-1972 były tematem badań, które pozwoliły na opracowanie 9 doktoratów, 2 habilitacji (E. Ogielska – 1964 r. i A. Huszcza – 1967 r.), a także kilkudziesięciu publikacji i referatów. Ich podsumowaniem było sympozjum z udziałem międzynarodowym nt. „Leczenie bodźcami nieswoistymi w okulistyce” (1967).

II. Zagadnienia krążenia mózgowo-siatkówkowego obejmowały w latach 1969-1985 badania nad tętnem odrzutowym w tętnicach siatkówki, autoregulacją krążenia siatkówkowego oraz zastosowaniem pomiarów ciśnienia krwi w tętnicy ocznej do wczesnej, nieinwazyjnej diagnostyki niewydolności krążenia mózgowego. Ich efektem były 2 habilitacje (M.H. Niżankowska 1976 r., L. Baran 1977 r.), 5 doktoratów, kilkadziesiąt publikacji oraz referatów na zjazdach międzynarodowych.

III. Zagadnienia wysokiej krótkowzroczności i jej leczenie chirurgiczne były w latach 1970-1990 przedmiotem badań, które posłużyły do opracowania 1 pracy habilitacyjnej (P. Hańczyc 1972 r.), 3 doktoratów

i kilkudziesięciu publikacji oraz referatów na zjazdach krajowych i międzynarodowych.

W latach 90. pojawiły się dwa nowe zagadnienia badawcze:

1) retinopatia cukrzycowa – epidemiologia i skuteczność leczenia laserowego oraz badania biochemiczne (2 doktoraty, 2 przewody doktorskie w toku, kilkanaście publikacji i referatów),

2) wczesna diagnostyka i monitorowanie jaskry, ze szczególnym uwzględnieniem korelacji zmian morfologicznych w tarczcy nerwu wzrokowego oraz wyników badań funkcjonalnych metodami psychofizjologicznymi i elektrofizjologicznymi (2 doktoraty, realizacja grantu KBN od 1994 r.).

Jeśli chciałabym spaść kłamrą pierwszy okres powstawania i rozkwitu okulistyki wrocławskiej i jej dzień dzisiejszy, cóż należałoby powiedzieć? Istnieje powszechny i uzasadniony pogląd, że jest źle, gdyż jest biednie.

Przed wszystkim płace – jako pracownicy resortu oświaty, a zarazem tzw. „służby” zdrowia należymy do najgorzej uposażonej części sfery budżetowej. Oświata zarabia 20% mniej w stosunku do średniej płacy w sektorze przedsiębiorstw, a ochrona zdrowia o 1/4 mniej. Wszyscy pracownicy Katedry zmuszeni są „dobrać” do swoich zarobków w co najmniej 1 dodatkowym miejscu pracy.

Uczelnie i szpitale na aparaturę badawczą, a budżet szpitala nie ma ich nie tylko na remonty, ale nawet na leki i materiały szwene.

Czy jednak należy narzekać i ulegać nastrojom frustracji? Jeśli spojrzymy wstecz, zauważymy łatwo, że okres prosperity tej Kliniki przypadła na okres, gdy zespół cechowała niekrepowana inicjatywa badawcza oraz istniała zdrowa rywalizacja ambicji i osiągnięć.

W tym czasie, gdy zespół był skonsolidowany nie tylko wspólną pracą, ale również więzami towarzyskimi oraz radością wspólnej zabawy, obroniono 18 prac doktorskich, a habilitowało się 5 pracowników Kliniki.

Lata 80. ze wszystkimi swymi trudnościami, nie stanowiły okresu, w którym miała warunki do rozkwitu zarówno baza materialna, jak i twórcza myśl badawcza. A jednak i to wszystko nie przeszkodziło w rozwoju kadry. W ciągu piętnastu lat kierownictwa Kliniki przez prof. Piotra Hańczyca (1980-1994) doktoryzowało się sześć jej pracowników – obecnych adiunktów tej Katedry.

W ostatnim okresie wybitnie poprawiła się aparatura baza diagnostyczna i terapeutyczna Kliniki. Zdobytą dużym nakładem inwencji zespołu – gdyż niemal w 100% z funduszu na rozmaite prowadzone przezeń programy badawcze, częściowo kupiona przez sponsorów – pozwoliła stworzyć poziom, który odpowiada obecnie standardowi wymaganemu od placówki akademickiej.

Dzięki pomocy różnych przedsiębiorstw w ostatnim roku mogliśmy dokonać wstępnej modernizacji gmachu, która polepszyła warunki pracy bloku operacyjnego, poprawiła warunki pracy dydaktycznej ze studentami, a także pracy naukowo-badawczej.

Największym jednakże dobrem tej Katedry i Kliniki jest zespół jej pracowników – etatowych i nietatowych

wych, bardzo młodych, bo w swojej średniej wieku schodzących już obecnie poniżej 35 lat. Pełni za-
pału i inwencji potrafią oni pokonywać trudności, nie
tylko gdy chcą poszerzać swoją wiedzę czy poprawić
warunki pracy, ale również gdy organizują wspólne
zabawy... Młodość, inteligencja i zaangażowanie te-
go zespołu, którym od niedawna mam przyjemność
kierować, pozwala mi zatem optymistycznie patrzeć
w przyszłość...

Spoglądając natomiast wstecz na całą historię tej
uczelni, której dorobek kontynuujemy, jak również na

50 lat pracy obecnej Kliniki, tworzonej nie tylko na
gruzach „Festung Breslau”, ale także na gruzach po-
wojennej Polski, nie można nie dostrzec znaczenia
tego bilansu uwypuklającego wartość trwania, które
zaprzecza przemijaniu, wartość ciągłości i rozwoju,
wartość podsumowań, które inspirowały zamierzenia.

Praca wpłynęła do Redakcji 15 listopada 1995 r. (386)

Sprawozdania

Sprawozdanie z działalności Zachodniopomorskiego Oddziału PTO w roku 1995

W roku sprawozdawczym oddział liczył 95 członków, w tym 20 rencistów. Skład zarządu przedstawiał się następująco:

1. Przewodnicząca: Doc. dr hab. Danuta Karczewicz
2. I Wiceprzewodnicząca: Doc. dr hab. Grażyna Remlein-Mozolewska
3. II Wiceprzewodnicząca: Lek. med. Anna Wywiół
4. Sekretarz: Dr Wojciech Lubiński
5. Skarbnik: Lek. med. Bolesław Markiewicz

Członkowie Zarządu:

1. Doc. dr hab. Ewa Tokarz-Sawińska
2. Doc. dr hab. Zofia Krzystalik

Komisja rewizyjna:

- Przewodniczący: Prof. dr hab. Wanda Andrzejewska
Członkowie: 1. Dr med. Zofia Skrzymowska
2. Dr med. Danuta Kaczanowska

Odbyło się 6 zebrań naukowo-szkoleniowych, na których wygłoszono 17 referatów.

Referaty:

1. Kol. Damian Czepita – *Rozwój plastyczności kory wzrokowej po jednoocznym zeszczeniu szpary powiekowej.*
2. Kol. Danuta Downar-Zapolska – *Cytochiny i krzepnięcie.*
3. Kol. Wojciech Lubiński – *Problemy diagnostyczne w przewlekłych zapaleniach jagodówki.*
4. Kol. Krzysztof Szmatoch – *Przypadek chorego z zespołem Bechoeta.*
5. Kol. Bogdan Adamek – *Porównywanie badania refrakcji badanej metodami tradycyjnymi z komputerową autorefrakto-
metrią.*
6. Kol. Eliza Wałęsa – *Przypadek chorego z neuroretinopatią idiopatyczną gwieździstą Lebera.*
7. Kol. Marzena Osiadacz – *Przypadek chorego z zespołem Ealesa.*
8. Kol. Urszula Oszczyk – *Stożek rogówki.*
9. Kol. Damian Czepita – *Rola ekspozycji świetlnej w kształtowaniu plastyczności kory wzrokowej.*
10. Kol. Danuta Karczewicz – *Jaskra a krótkowzroczność – późne wyniki.*
11. Kol. kol. Wanda Andrzejewska, Danuta Karczewicz – *Trudności diagnostyczne w ocenie objawów okulistycznych wystę-
pujących w przebiegu uszkodzeń C.U.N.*
12. Kol. kol. Wanda Andrzejewska, Danuta Karczewicz – *Rodzinne występowanie zmian zwyrodnieniowych prowadzących
do odwarstwienia siatkówki.*
13. Kol. kol. Wojciech Lubiński, Olgierd Palacz, Stanisław Zajączek – *Badania kliniczne w zespole Ushera.*
14. Kol. kol. Wojciech Lubiński, Olgierd Palacz, Anelli Syrenicz, Krzysztof Szmatoch – *Zespół Barnet-Biedl – opis przypadku.*
15. Kol. Lech Torliński – *Metaboliczne i strukturalne zmiany w rogówce u osób noszących soczewki kontaktowe.*
16. Kol. Elżbieta Jadowska – *Metody pomiaru mocy soczewek wewnątrzgałkowych.*
17. Kol. kol. Olgierd Palacz, Zofia Sylwestrzak, Andrzej Palacz – *Skuteczność trabekulektomii laserowej YAG w leczeniu
jaskry otwartego kąta.*

Wojciech Lubiński